

ISP – RESUMEN DE LAS EVALUACIONES PROFESIONALES (continuación)

NOMBRE DEL INDIVIDUO (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	FECHA
--	-------

Este formulario es requisito para personas de 21 años o más de edad quienes residen en un entorno residencial con licencia. Utilice páginas adicionales para resumir evaluaciones especiales necesarias por las necesidades médicas singulares de la persona. Incluya ginecología, cardiología, neurología, ortopedia, nutrición, psiquiatría, cuidado de ancianos, etc. También puede incluir otras categorías tales como hospitalizaciones, visitas a la sala de urgencias, inmunizaciones (recibidas o necesarias), etc., desde el plan ISP más reciente. **Si se necesita seguimiento, defina la acción(es) necesaria(s) y la persona(s) responsable. El seguimiento de las recomendaciones y acuerdos dentro de los límites temporales especificados será la responsabilidad del proveedor residencial con licencia, a menos que se indique lo contrario.**

Informes y fechas	Resultados y recomendaciones
Evaluación psicológica Evaluador _____ Fecha _____	
Terapia del habla Evaluador _____ Fecha _____	
Terapia ocupacional Evaluador _____ Fecha _____	
Terapia física Evaluador _____ Fecha _____	
Tipo _____ Evaluador _____ Fecha _____	
Tipo _____ Evaluador _____ Fecha _____	
Tipo _____ Evaluador _____ Fecha _____	
Tipo _____ Evaluador _____ Fecha _____	

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-6825; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.